



TITLE:

学会抄録 第232回日本泌尿器科学  
会東海地方会(2006年6月10日(土),  
於 中外東京海上ビルディング)

AUTHOR(S):

---

CITATION:

学会抄録 第232回日本泌尿器科学会東海地方会(2006年6月10日(土), 於  
中外東京海上ビルディング). 泌尿器科紀要 2007, 53(4): 271-274

ISSUE DATE:

2007-04

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/71378>

RIGHT:

## 第232回日本泌尿器科学会東海地方会

(2006年 6 月10日 (土), 於 中外東京海上ビルディング)

腎に発生した骨外性 Ewing 肉腫の 1 例 : 西島誠聡, 古瀬 洋, 牛山知己, 大園誠一郎 (浜松医大) 症例は40歳, 女性. 腰痛・血尿を主訴として近医を受診. 腹部 CT 上, 左腎腫瘍および腎門部リンパ節腫大を確認. 開放腎生検施行し骨外性 Ewing 肉腫と診断, 精査加療目的に2005年 8 月22日当科入院となった. 入院後, Rosen T-16 Regimen に基づき IFM・VP-16・ADR の 3 剤による化学療法を 4 クール施行するも多発骨転移出現. このため VCR・CPM・CDDP・ADR 併用した VCCA 療法を 2 クール施行したが, 全身状態徐々に悪化. 2006年 5 月1日死亡した. 骨外性 Ewing 肉腫は非常に稀有な症例のため, 治療に非常に難渋した症例であった.

後腎性腺腫の 1 例 : 堤 聖吾, 伊藤恭典, 成山泰道, 岡田真介, 加藤利基, 安井孝周, 丸山哲史, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋大) 68歳, 女性. 既往歴37歳時子宮全摘術. 現病歴2006年 1 月下腹痛出現し精査目的で MRI 検査受け, 左腎腫瘍を指摘され当院紹介受診となる. 単純 CT では左腎上極に 19×18 mm 大の類円系で周囲に石灰化を伴う結節構造を認める. CT 造影剤アレルギー歴あるため造影 MRI 施行. 左腎上極に 19×18 mm 大の腫瘤認め, T1 強調像 T2 強調像とも腎皮質と同等の信号を呈す. 造影の早期相では造影効果弱く, 後期相でわずかに造影される. 腎外への突出認めるが, 明らかな浸潤所見なし. Hypovascular な RCC (cT1aN0M0) が疑われ2006年 4 月後腹膜鏡下左腎摘出術を施行した. 病理結果は後腎性腺腫metanephric adenomaであった. 稀な腫瘍で基本的には良性であるが転移, 再発した報告もある. 今後定期的に CT にて転移再発の有無を確認する.

腎神経鞘腫の 1 例 : 平林 淳, 脇田利明, 林 宣男 (愛知県がんセ) 57歳, 女性. 人間ドック CT 検査にて左腎に約 3 cm の充実性腫瘍を認めたため2005年10月 6 日当科紹介受診となる. 種々の画像診断にて腎細胞癌と診断, 2005年11月 7 日根治的左腎摘出術を施行した. 摘出標本は, 黄色調で 25×20×22 mm の弾性硬の腫瘍であった. 病理診断は, 腎実質内に境界明瞭な分葉状病変で, 紡錘形腫瘍細胞が束状に交錯し, 間質には硝子化がやや目立ち, 粘液様の部位も認められた. 腫瘍細胞は S100 蛋白に陽性であり, 神経鞘腫と診断された. 腎に発生する神経鞘腫は稀であり, 文献上英文, 邦文を含め当症例は32例目であった.

傍腎盂炎症性偽腫瘍の 1 例 : 澤田雅子, 神沢英幸, 水野健太郎, 秋田英俊, 加藤 誠, 岡村武彦 (安城更生) 58歳, 女性. 胃癌術前 CT にて左腎盂に腫瘍性病変を指摘され当科紹介となる. 尿中白血球軽度上昇, 尿細胞診陰性であり, 逆行性腎盂造影を施行したところ, 腎盂内に陰影欠損を認めず. 超音波検査, 造影 CT, MRI にて hypovascular な腫瘍性病変を左腎盂に認め, 悪性の可能性も否定できないことから, 胃癌手術と同時に左腎摘除術を施行した. 摘除標本は均一・淡黄色・弾性硬の充実成分が腎盂全体を取り囲むようにして存在した. 病理組織学的には腎盂周囲に多数の胚中心を有する大小の二次性リンパ濾胞が密集しており, 悪性所見は認めず. 蛋白電気泳動, 免疫染色, 臨床症状などから, 傍腎盂炎症性偽腫瘍と診断した. 現在, 術後 4 カ月を経過し, 対側腎, 左腎切除部および全身に, 再発などの異常所見は認めていない.

CTが有用であった腎動静脈瘻の 2 例 : 柴田泰宏, 小島祥敬, 早瀬麻沙, 中根明宏, 窪田泰江, 梅本幸裕, 橋本良博, 戸澤啓一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋大) 37歳, 女性. 肉眼的血尿・膀胱タンポナーデを主訴に近医受診. 膀胱鏡にて右尿管口から血尿があり, 造影 CT および静脈性腎盂造影を施行され右尿管に陰影欠損を認めた. 右尿管腫瘍と鑑別を要し当院紹介. 当院での逆行性腎盂造影で尿管腫瘍は否定された. Dynamic CT により cirroid type の腎動静脈瘻と診断され腎動脈造影後コイル塞栓術を施行. 14歳, 女兒. 同様の主訴にて近医受診. ドップラーエコーにて異常が認められず, dynamic CT にて腎動静脈瘻が強く疑われ当院治療目的に紹介. 腎血管造影で確定診断後コイル塞栓術を施行. いずれの症例も術前の dynamic CT が診断に有用であり, 腎動脈造影およびコイル塞栓術を一期的に行っ

た.

同時期に経験した腎損傷の 2 例 : 小川将宏, 新美和寛, 塩田隆子, 石田 亮, 錦見俊徳, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明 (名古屋第二赤十字) 7歳, 男性. トラックに引かれてタイヤの下敷きになり, 救急外来へ. 来院時, バイタルは安定していた. CT 上, 脾損傷, 腎損傷 4a 型疑い. 翌日, 脾尾部脾臓合併切除, 腎摘出術を行った. 24歳, 男性. 明け方, 倒れているところを近医に運ばれ, CT にて後腹膜出血を指摘され, 当院救急外来へ. 来院時, バイタルは安定していたが, CT 上, H3 の血腫を伴う 3b 型腎損傷. Hb の低下も見られ, 緊急手術を施行. 腎摘出術を行った. 2 例ともに経過は良好である. 腎損傷 3 型については, 最近保存的治療を選択するケースが増えてきているようであるが, 手術によるメリットも存在し, 柔軟に治療法を選択する必要がある. もし手術を選択した際には, 迅速かつ正確で, 腎温存を心がけた手術を行う必要があると考えられた.

尿管原発悪性リンパ腫の 1 例 : 河合篤史, 久保田恵章, 横井繁明, 水谷晃輔, 亀井信吾, 仲野正博, 江原英俊, 出口 隆 (岐阜大) 69歳, 男性. 両側水腎症・腎後性腎不全にて前医を受診し両側腎瘻造設術を施行. 精査するも尿管狭窄の原因となる病変は指摘できず. 後腹膜線維症との診断にてステロイド療法施行するも再発を繰り返し, 精査加療目的にて当院を紹介受診. 両側尿管狭窄にて RP, 胸腹部 CT, 腹部・骨盤部 MRI, 上部・下部消化管内視鏡検査, 腫瘍マーカー, PET など施行するも尿管狭窄を来すような悪性所見は認めなかった. 腎レノグラムにて右無機能腎を確認, 診断確定のため後腹膜鏡下右腎尿管摘出術を施行した. 病理診断では異型を伴うリンパ球が濾胞を形成する部位に一致し CD20・bcl-2 など陽性で, 濾胞性リンパ腫であった. 現在 R-CHOP 療法 1 コース終了したところである. 尿管原発悪性リンパ腫は稀であり, 文献上本邦で17例目であった.

原発性尿管腺癌の 1 例 : 全並賢二, 勝田麗美, 飛梅 基, 成瀬克也, 青木重之, 瀧 知弘, 山田芳彰, 本多靖明 (愛知医大) 66歳, 男性. 無症候性肉眼的血尿を主訴に近医受診. DIP にて左水腎症を指摘され当科紹介受診となる. 初診時尿潜血 2+, PSA 0.5 ng/ml. 尿細胞診疑陽性. 再 DIP にて尿管の描出不良, 左水腎症著明. CT 上水腎症の原因と思われる占拠性病変を認めず, 左尿管腫瘍が疑われた. 左 RP を施行したところ左中部尿管の閉塞を認めたため, 尿管鏡下生検施行するも検体採取不良にて病理診断つかず. 2 月28日, 順行性尿管鏡下生検を施行したところ adenocarcinoma の診断となる. 3 月14日左腎尿管全摘施行. 病理診断の結果は原発性尿管腺癌であった.

PG療法により CR が得られた腎盂癌, リンパ節転移の 1 例 : 小林大地, 原嘉考, 田口和巳, 岡田淳志, 窪田裕樹, 山田泰之 (厚生連海南) 74歳, 男性, 2003年 7 月検診にて尿潜血を指摘され当科受診. 腎尿細胞診, 画像所見にて左腎盂癌と診断した. 左腎尿管全摘出術施行. 移行上皮癌, G2>G3, pT3, pL1, pV0, INFβであった. 6 カ月後, 傍大動脈リンパ節転移出現, M-VAC 療法 3 クール施行. 転移巣消失したが再び増大したため放射線療法施行, 転移巣消失したが 1 カ月後, 大動静脈間リンパ節転移出現したため PG 療法開始した. Day1 に Paclitaxel 200 mg/m<sup>2</sup>, Gemcitabine 1 g/m<sup>2</sup>, Day 8, 15 に Gemcitabine 1 g/m<sup>2</sup> 投与した. リンパ節転移巣は縮小, 消失し, 1 年経過した現在も CR を保っている. PG 療法は M-VAC 療法後再発例に対して, 2nd-line chemotherapy として有効である可能性が示唆された.

後腹膜に発生した Castleman 病の 1 例 : 田中順子, 服部良平, 後藤百万, 小野佳成 (名古屋大) 22歳, 男性. 右腰痛を主訴に近医受診. CT, MRI にて後腹膜腫瘍を指摘され, 精査・加療目的に当科受診. 身体所見, 血液・尿検査では明らかな異常はなかった. CT では内部に石灰化を伴う充実性の腫瘍が認められた. CT ガイド下針生検にて, Castleman 病が疑われたが, 確定診断には至らず. 全身 MRI, 骨シンチにて後腹膜以外に病変がないことを確認し, 2006年 3 月腹腔

鏡下後腹膜腫瘍摘除術施行した。摘除標本は50g、黄褐色の充実性腫瘍であった。病理診断は Castleman 病の hyaline-vascular type であった。追加治療はなく、現在外来にて経過観察中。後腹膜原発の Castleman 病は稀だが、外科的切除のみで完治することが多い。低侵襲の腹腔鏡手術を選択したことは有用であった。

**膀胱アミロイドーシスの1例：長谷川嘉弘，神田英輝，西川晃平，山田泰司，曾我倫久人，大西毅尚，金原弘幸，有馬公伸，杉村芳樹（三重大）** 症例は48歳，女性。膀胱炎症状を主訴に近医泌尿器科を受診後に当科紹介受診。膀胱鏡にて黄色の腫瘍性病変を認め、生検にてアミロイドーシスと診断。腎生検など全身検索を行うも明らかなアミロイド病変は認めなかったため、膀胱限局性のアミロイドーシスと診断した。しかし血清アミロイド蛋白はAA型であった。治療としては患者と家族に十分に説明を行い同意を得た上で、簡便で副作用も少なく、長期間継続可能なDMSO貼付療法を選択した。現在黄色の腫瘍性病変は消失し、尿所見も正常化している。しかし粘膜の発赤は残存しているため今後もDMSO貼付療法は継続する予定である。

**膀胱アミロイドーシスの1例：井村 誠，彦坂敦也，藤田圭治，岩瀬 豊（厚生連加茂）** 63歳，男性。2005年3月に肉眼的血尿で当科受診。膀胱鏡にて右尿管口周囲に平坦型の非乳頭状腫瘍を認めたため、経尿道的膀胱腫瘍生検および膀胱腫瘍切除術を施行。病理診断は膀胱アミロイドーシスであった。全身性アミロイドーシスか限局性アミロイドーシスかを診断するための検査を施行した。胃・十二指腸・直腸生検にてアミロイド沈着陰性、血漿蛋白分画正常、Bence-Jones 蛋白陰性そして反応性アミロイドーシスの否定の4条件が限局性アミロイドーシスの診断に必要であるとされているが、本症例は以上の4条件を満たしていたため膀胱限局性のアミロイドーシスと診断した。膀胱限局性アミロイドーシスは文献上、本症例で本邦65例目であった。

**集学的治療が奏功した膀胱小細胞癌の1例：坂元宏匡，森川 愛，東 新，西尾恭規（静岡県立総合）** 症例は76歳，男性。肉眼的血尿を主訴に当院初診，DIPにて上部尿路異常なく、膀胱鏡にて前壁右側に非乳頭状広基性腫瘍認め、TUR-Bt 施行，腫瘍は筋層に浸潤しており，完全切除は困難と判断した。病理組織診断にて小細胞癌の診断。術後測定したCEA，CA19-9，NSEはいずれも陰性，腹部CT，MRIにて膀胱壁の一部肥厚認めるのみでリンパ節，遠隔転移認めず，骨シンチにて異常集積なし，膀胱癌pT2bN0M0の診断にて当院における肺小細胞癌の標準治療であるCPT-11/CDDPを用いた化学療法を施行した。3コース施行後，MRI，膀胱鏡にて明らかな腫瘍認めず，組織学的検索目的で膀胱部分切除術施行，病理組織診にて残存腫瘍認めず，術後4カ月再発なく外来経過観察中である。

**ステロイド療法が奏効した膀胱炎症性偽腫瘍の1例：増田健人，石田博万，矢田康文，小島宗門（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック）** 71歳，女性。65歳時に子宮・膀胱脱修復術を受ける。排尿時痛にて近医で抗生剤投与受けるも改善しないため当院受診。軽度の膿尿を認める以外，尿培養・細胞診ともに異常を認めなかった。膀胱後壁に濾胞状腫瘍を，三角部に非乳頭状広基性腫瘍を認め，TURおよび経会陰的生検を施行。種々の画像診断では壁外浸潤が疑われた。病理組織にて種々の炎症細胞浸潤を認めるものの悪性所見を認めず，手術侵襲が誘因となった炎症性偽腫瘍と診断。プレドニゾロンを15mgより投与開始，その後漸減し約1年間の投与を行った。3カ月後の膀胱鏡にて腫瘍の縮小を認め，1年後のCT所見・肉眼的所見ともにさらなる縮小を認めた。自覚症状も投与2週間より徐々に改善し，投与終了時にはほぼ消失していた。

**腔内異物，膀胱結石，膀胱腔瘻の1例：原 嘉孝，田口和己，小林大地，岡田淳志，窪田裕樹，山田泰之（厚生連海南）** 症例は66歳，女性。小児麻痺あり介護施設入所中。肉眼的血尿を主訴に近医を受診。膀胱結石の診断で当院紹介。KUBにて膀胱結石と辺縁明瞭な長方形の石灰化を認め，腔内診を施行し異物を触知，腔内異物と診断。経尿道的に膀胱碎石術施行し，腔異物である結石に覆われたガラス瓶（8×4×4cm）を摘出，さらに膀胱三角部で膀胱腔瘻を認めた。結石成分は膀胱結石，腔内異物内結石ともにリン酸マグネシウムアンモニウム結石であった。瘻孔を形成した腔内異物の中で報告例が最も多いのは膀胱腔瘻で，直腸腔瘻，尿道腔瘻の報告例もある。腔内異物に膀

胱結石を合併した症例は本邦初めての報告である。

**タキサン系の化学療法が著効したStage D3 前立腺癌の1例：萩倉祥一，上平 修，舟橋康人，春日井震，木村恭祐，深津顕俊，松浦治（小牧市民）** 症例は67歳，男性。初診時PSA 2,800 ng/ml，骨シンチ上，多発骨転移を認めstage D2 前立腺癌と診断した。ビカルタミド，ホスフェストロール，デキサメサゾンを使用するも抵抗性となり，タキサン系の化学療法を開始した。1クール28日で，TEC療法とし，パクリタキセル100 mg/m<sup>2</sup> (day 1, 8, 15, 22)，カルボプラチンAUC=6 (day 1)，リン酸エストラムスチン 560 mg/day（連日内服）で開始。4クール施行し，疼痛改善，PSA値は650 ng/mlから6.3 ng/mlに低下するも，副作用にて中断した。その後，PSA再上昇認め，パクリタキセルをドセタキセル30 mg/m<sup>2</sup>に変更したDEC療法にて4クール施行。PSA nadir 4.5 ng/mlに低下した。

**LH-RH アゴニスト投与後に下垂体卒中となった2例：下地健雄，木村 亨，石田昇平，藤田高史，平野篤志，加藤真史，辻 克和，絹川常郎，池田 公（社保中京）** 前立腺癌に対しLH-RH アゴニスト投与後に下垂体卒中となった2例を経験した。1例目は80歳，男性。下垂体腺腫の既往なし。初回投与で頭痛あり，すぐに軽快したが一旦中止した。5カ月後に再投与し同日中に頭痛，視力障害で発症した。2例目は78歳，男性。下垂体腺腫に対し手術歴あり，初回投与の1週間後に頭痛，視力障害で発症した。LH-RH アゴニストによる下垂体卒中はわれわれが調べた限りでは自験例を含め世界で37例（本邦3例）であり，そのうち下垂体腺腫を認めたものは35例であった。またその81%が初回投与後2週間以内に発症しており，頭痛，視力障害で発症することが多い。LH-RH アゴニスト初回投与後は注意深い観察が必要であり，疑わしい場合早急に脳外科を受診させるべきである。

**前立腺粘液癌の1例：日比野充伸，坂倉 毅（愛北）** 62歳，男性。腹満感あり内科受診し，左水腎症を指摘された。膀胱鏡検査にて，膀胱粘膜下腫瘍を示唆する所見であった。膀胱，前立腺生検にて粘液癌と診断。術前PSAは6.5 ng/ml，CEAは正常であった。他臓器に原発巣は認めず，前立腺原発の粘液癌と考え，2005年2月9日膀胱前立腺全摘除術，回腸導管造設術を施行した。病理結果は，低分化型前立腺粘液癌，Gleason score 9で，PSA，CEA免疫組織染色はいずれも陽性であった。術後MAB療法を施行している。

**前立腺癌骨転移が疑われた骨髄腫の1例：中根慶太，柚原一哉，蟹本雄右（掛川市立総合），新村祐一郎（同病理），斎須和浩，宇佐美隆利（袋井市民），田中正士（同血液内科）** 79歳，男性。PSA 17 ng/ml。病理診断は低分化型前立腺癌，Gleason score = 4 + 3，T2aNxM0。内分泌療法を開始し，PSAは0.2 ng/ml以下となったが治療開始6カ月後に腰痛を自覚。CTにて左腸骨に径1.5 cmの腫瘍性病変を認めた。10カ月後骨腫瘍は増大し，胸椎にも腫瘍性病変を認めた。骨生検を施行後放射線療法を開始した。病理診断は骨髄腫であり放射線療法後化学療法にて軽快した。前立腺癌に重複した骨髄腫は本邦2例目であった。高齢男性において骨腫瘍をきたす疾患として骨髄腫や悪性リンパ腫があり，前立腺癌の骨転移として典型的でない所見やPSA値と関連しない病勢を認めた場合積極的な精査が必要と考えた。

**選択的動脈塞栓術で治療しえた外傷性持続勃起症の1例：萩倉美奈子，犬塚善博，近藤厚哉，田中國晃（刈谷総合），富田 均，河野太郎，深谷信行，水谷 優（同放射線）** 23歳，男性。サッカーボールが股間に当たり，陰茎腫脹と硬化が出現，症状改善せず受傷後6日目に当科初診。受診時，陰茎は不完全な硬度を有する持続勃起状態で，軽度疼痛を認めた。陰茎海绵体血液ガス分析は動脈血に近い性状であり，外傷性流入過剰型持続勃起症と診断，ただちに両側内陰部動脈造影を施行した。左陰茎海绵体への造影剤漏出を認め，左右内陰部動脈から，スポンゼルを用いて漏出部に選択的動脈塞栓術を施行。術後，陰茎腫脹は改善し，勃起不全や射精障害などの合併症なく経過良好である。持続勃起症は臨床的に静脈閉塞型（low flow type）と流入過剰型（high flow type）に分類される。本症例は血管造影により流入過剰型持続勃起症と診断し，内陰部動脈塞栓術を施行し治まった。

**傍精巢横紋筋肉腫の1例：森 紳太郎，有馬 聡，丸山高広，佐々木ひと美，宮川真三郎，日下 守，早川邦弘，白木良一，星長清隆**



(保衛大) 7歳, 男児, 2005年9月頃より右陰嚢部の腫張疼痛出現し, 近医より紹介受診。右陰嚢内に母指頭大の硬い腫瘤を触知, 超音波にて内部均一のやや充実性の腫瘍性病変を認めた。AFP 1.4 ng/ml, HCG- $\beta$  0.1> と陰性, 悪性腫瘍を完全に否定できないため, 2005年10月13日, 右高位精巣摘除術を施行した。剖面は黄色均一, 腫瘍に圧排される形で精巣が確認された。病理結果は胎児型横紋筋肉腫, MRI にて右腸腰筋腹側にリンパ節転移を疑い, 2005年11月24日 RPLND を施行, 転移は認めなかった。TNM 分類では T1a, N0, M0, stage I, IRS (Intergroup Rhabdomyosarcoma study) Group1a, Low risk, subgroupA. その後 V-A 化学療法 (Vincristine, Actinomycin D) を2クール施行し, 術後8カ月の現在, 明らかな再発所見は認めていない。

**精巣類表皮嚢胞の1例: 大前憲史, 内藤和彦, 泉谷正伸, 藤田民夫** (名古屋記念) 32歳, 男性。2006年3月血清液および右精巣の無痛性腫大を主訴に当科を受診。右精巣には正常精巣よりやや硬い, 圧痛のない腫瘍を触知した。AFP, HCG- $\beta$ , LDH は正常値であった。超音波検査では右精巣に境界明瞭で内部が一部 high echoic な部分を含む low echoic な腫瘍を認めた。また造影CT検査では境界明瞭, 内部均一で low density な造影効果のない腫瘍を認めた。術前には良悪性の判別が困難で同月13日高位精巣摘除術を施行。腫瘍は周囲組織と境界明瞭であり, 内部は黄白色で充実性, 粥状であった。病理診断は類表皮嚢胞であった。若年者に多いこの疾患においては, 術前に類表皮嚢胞を疑った場合, 術中迅速病理診断後の腫瘍核出術による精巣温存も治療選択肢の1つであると考えられた。

**陰嚢水腫を呈した横行結腸癌固有漿膜転移の1例: 守山洋司, 藤広茂** (岐阜赤十字) 症例は67歳, 男性。10日前頃より無痛性右陰嚢腫大を自覚し2006年3月2日に当科を受診した。右陰嚢上部を硬く触知したが, 表面平滑であった。血液検査で異常を認めなかった。超音波所見では精巣に異常なく, 陰嚢内容の性状から陰嚢水腫を疑い, 3月22日に手術を施行した。術中, 精索に異常はなく水腫上部の一部では癒着が強いが剥離は容易であった。固有漿膜を切開すると内腔は不整で暗赤色の内容液を認め, 悪性所見を否定できないため術式を高位精巣摘除術に変更した。AFP,  $\beta$ HCG は正常で内容液の細胞診に異常はなかった。組織診断は固有漿膜に発生した adenocarcinoma で精索, 精巣, 精巣上体に異常を認めなかった。内科的精査にて原発は横行結腸癌と診断され癌性腹膜炎を伴っていた。外科にて横行結腸部分切除を施行され, 抗癌化学療法を施行中である。本邦では6例目であった。

**陰嚢水腫を伴った精巣上体乳頭状嚢胞腺腫の1例: 清家健作, 斉藤昭弘, 河田幸道** (中濃厚生), 森 良雄 (同病理) 74歳, 男性。当院外科受診時に無痛性陰嚢腫大にてCTを撮影し, 左陰嚢水腫内に腫瘍を指摘されたため2004年12月27日当科受診となった。CT上腫瘍は造影効果を認め, 精巣上体に位置していた。諸検査より精巣上体腫瘍を疑ったが質的診断には至らず, 2005年2月9日左高位精巣摘除術を施行した。腫瘍は径 22×17×16 mm で精巣上体に認められた。病理組織像では拡張した線組織と拡張した腺腔内に乳頭状に増生する腫瘍を認め, 乳頭状嚢胞腺腫と診断した。本疾患は特異的な所見がないため術前に診断困難なことが多く, 文献上施行された術式もさまざまであった。また自験例では否定的であったが von Hippel-Lindau 病を高率に合併することも知られており, 今後さらなる検討が必要と考えられた。

**縦隔 Seminoma の1例: 春日井 震, 上平 修, 萩倉祥一, 舟橋康人, 木村恭祐, 深津顕俊, 松浦 治** (小牧市民) 19歳, 男性。運動後の胸痛で, 救急外来を受診した。レントゲン上, 縦隔腫瘍を指摘され, 呼吸器内科に紹介された。吸引細胞診を行い, 胸腺腫を疑わせる所見をえたが, 悪性を否定しきれず, 呼吸器外科において, 胸腺縦隔腫瘍摘出術を行った。病理結果は pure seminoma であった。術中, 腫瘍内容物の漏出があったため, 当科で, 術後 BEP 療法を施行した。化学療法途中で, 肺拡散能の低下があり, 3クール目は, EP 療法とした。治療後の経過は順調で, 再発を認めず, 外来通院中である。縦隔 Seminoma は, 比較的稀な腫瘍で, 外科療法後の化学療法の適応などに一定した見解は得られていない。今回, 縦隔 Seminoma について, 若干の文献的考察を加え, 報告した。

## 特別企画

**腎細胞癌との鑑別が困難であったオンコサイトーマの1例: 服部慎一, 久保田恵章, 横井黎明, 土屋朋大, 安田 満, 伊藤慎一, 山本直樹, 出口 隆** (岐阜大) 今回われわれは腎細胞癌の術前診断で手術を行い, 術後病理検査でオンコサイトーマと診断された1例を経験したので報告する。[症例] 60歳, 女性。肝機能障害スクリーニングの腹部CTにて左腎腫瘍指摘。腎上極に造影CT動脈相にて濃染, 平衡相で造影剤の退出が見られる嚢胞性変化を伴った4~5 cm 大の充実性腫瘍であり, 腎被膜内に限局。腎細胞癌を疑った。TNM 分類 cT1bN0M0, 病期分類 stage I と判断し後腹腔鏡下根治的腎摘出術を実施。摘出した腎の上極に4~5 cm の嚢胞性変化を伴った暗褐色腫瘍を認め, 病理組織では好酸性胞体を有する細胞が管状, 索状構造を示し, 腫瘍細胞の核は正常尿細管と同等かやや大きく目で異型に乏しくオンコサイトーマと診断された。

**術前診断出来なかった肺癌腎転移の1例: 高田三喜, 永江浩史, 伊藤寿樹, 内田孝典** (聖隷三方原), 牛山知己, 大園誠一郎 (浜松医大) 73歳, 男性。2005年8月右肺扁平上皮癌術後。2006年2月肉眼的血尿, 左側腹部痛が出現し当科初診。CTで左腎の上極側半分を占拠する約8 cm の hypovascular tumor を認めた。腫瘍内部は不均一な isodensity, 境界不明瞭で被膜外浸潤が疑われた。臨床頻度も加味して腎細胞癌 cT3aNxM0 と診断し, 同年3月29日根治的左腎摘除術を施行した。病理組織診断は肺扁平上皮癌の腎転移であった。術後2カ月で新たな転移巣が出現し, 放射線療法・化学療法を施行中。転移性腎腫瘍は予後不良でその手術適応については議論が分かれる。確定診断に基いた十分なインフォームド・チョイスのためには, 生検を先行させるべきであったとの反省点が残った。肺癌の腎転移は文献上本邦72例目であった。

**原発不明後腹膜腫瘍の1例: 長谷川嘉弘, 西川晃平, 山田泰司, 曾我倫久人, 大西毅尚, 金原弘幸, 有馬公伸, 杉村芳樹** (三重大) 症例は54歳, 男性。もともと左水腎症を指摘されたため近医泌尿器科を受診した。逆行性腎盂尿管造影にて左下部尿管の狭窄と壁不正を指摘され尿管鏡検査を進められるが拒否して放置していた。しかしその2カ月後に極度の頻尿と腰背部痛が出現したため当科紹介受診となった。受診時, 下腹部正中に固い腫瘍を触れた。画像上, 両側水腎症と腹直筋直下から膀胱周囲に広がる腫瘍性病変を認めた。膀胱の cold punch biopsy では好酸球性膀胱炎との診断であり, MRI の診断も同様であったが, TUR 生検では低分化型の腺癌であったためタキソールとカルボプラチンによる全身化学療法を開始した。現在治療効果としてはPRを得ており, 今後も同治療を継続していく予定である。

**診断困難であった腎・後腹膜腫瘍性病変: 早川邦弘, 有馬 聡, 森紳太郎, 丸山高広, 宮川真三郎, 佐々木ひと美, 日下 守, 白木良一, 星長清隆** (保衛大) 症例は64歳, 男性。アルコール性肝硬変に食道静脈瘤, II型糖尿病を合併加療中。2006年4月, 腰痛を主訴として近医受診。CTにて腸腰筋に浸潤する腎腫瘍疑いで当科紹介。受診時のCT所見および約半年前のCTで同部に異常所見がなかったことから後腹膜発生 malignant lymphoma などの可能性も考え, 十分な説明の上で腫瘍の針生検を施行。二度試みるも膿状貯留液と炎症所見のみで悪性細胞は証明できなかった。2度目の生検時には画像所見からも液体状貯留が主体と考えられ経皮的なドレナージを施行。内容液は複数回細菌培養を行ったが陰性。ツベルクリン反応に加え結核培養とPCR いずれも陰性であった。腫瘍はドレナージのみで画像上消失。現在外来で経過を観察している。

**悪性腫瘍との鑑別が困難であった膀胱病変: 戸澤啓一** (名古屋市大) 症例は46歳, 男性。主訴は排尿時下腹部痛。CT検査にて膀胱頂部に径3 cm 大の腫瘍性病変を認めたため, 精査目的に入院となった。尿細胞診は5回施行して2回が疑陽性。MRI上, 結腸憩室による炎症性腫瘍と尿管腫瘍の混在の可能性が指摘された。膀胱鏡検査では, 膀胱頂部の乳頭状広基性腫瘍を認めたため, 生検を行った。病理組織診断はTCC, pG1であった。この結果でTUR-Btを施行したが, 悪性所見は認めず, chronic cystitis との結果であった。再度, 生検標本が検討され, chronic cystitis と結果が訂正された。膀胱部分切除術およびS状結腸部分切除術を行い, 最終診断はS状結腸憩室炎による膀胱炎症性偽腫瘍であった。画像診断上, 最後まで悪性腫瘍の併存を否定できなかった膀胱炎症性腫瘍の症例について報告した。



悪性リンパ腫が疑われた泌尿器悪性腫瘍の1例：山田芳彰，全並賢二，勝田麗美，飛梅 基，成瀬克也，青木重之，瀧 知弘，本多靖明（愛知医大） 83歳，男性．下肢浮腫・腎後性腎不全にて紹介．腹部CTで後腹膜リンパ節の腫脹，可溶性IL-2 レセプター 987 U/ml と高値を示し，悪性リンパ腫による腎後性腎不全と診断し，両側に6 F尿管ステントを留置．腎不全の改善を待ち，CT ガイド下リンパ節生検を施行した．病理は低分化型腺癌であった．PSA 免疫染色にて陽性

を示し，PSA は 2.4 ng/ml と正常であったが前立腺癌を疑い，前立腺生検を施行した．病理は GS 5+5=10 の前立腺癌であった．骨シントは，EOD grade 2 であった．前立腺癌 T1c, N1, M1b と診断し，MAB 療法を開始した．治療後3 カ月にて尿管ステントを抜去，6 カ月後のCTでは，後腹膜リンパ節は縮小し，腎機能の上昇も認めない．現在も MAB 療法継続中である．